



## 1.0. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO

|                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| FECHA DE RADICACIÓN <sup>1</sup> : | NÚMERO DE RADICACIÓN <sup>1</sup> : |
|------------------------------------|-------------------------------------|

**Título:**

Aspectos jurídicos en torno al procedimiento de la eutanasia en Colombia en el año 2018.

**Investigador Principal:**

JENNIFER ARBOLEDA BONILLA

**C.C o identificación de extranjería.**

1111759226

Total de Investigadores: 1

**PROFESORES QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO:**

| Nombre: | Identificación | Formación Académica | Fecha Nacimiento | Dirección: | Teléfono-Móvil: | e-mail: |
|---------|----------------|---------------------|------------------|------------|-----------------|---------|
|         |                |                     |                  |            |                 |         |

**ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO:**

| Nombre:                   | Identificación: | e-mail:                  | Teléfono-Móvil: | Programa:       | Semestre: |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------|
| JENNIFER ARBOLEDA BONILLA | 1111759226      | Yennifer0425@hotmail.com | 3014226152      | Derecho médico. | Tercero.  |

**Centro de Investigación:**

Grupo de Investigación:

Línea de Investigación:

**Lugar de Ejecución del Proyecto:**

Ciudad: Buenaventura.

Departamento: Valle.

Duración del Proyecto (en meses):

**Tipo de Investigación**

Investigación Básica: **X**

Investigación Aplicada:

Desarrollo Tecnológico o innovación:

**Financiación Solicitada:**

Valor solicitado a la DGI-USC en efectivo:

Valor solicitado a la DGI-USC en especie:

Valor Contrapartida (recurso de terceros):

Valor total del Proyecto:

<sup>1</sup> Espacio a diligenciar por la DGI

**ASPECTOS JURÍDICOS DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA**

**JENNIFER ARBOLEDA BONILLA**



**FACULTAD DE DERECHO  
PROGRAMA MAESTRIA EN DERECHO MEDICO  
SANTIAGO DE CALI  
2019**

## **ASPECTOS JURÍDICOS DE LA EUTANASIA EN COLOMBIA**

**JENNIFER ARBOLEDA BONILLA**

**Trabajo de grado presentado para optar al título de  
Magister en Derecho Médico**



**FACULTAD DE DERECHO  
PROGRAMA MAESTRIA EN DERECHO MEDICO  
SANTIAGO DE CALI  
2019**

## CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN .....   | 5         |
| 1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO .....  | <u>6</u>  |
| 1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. ....  | <u>6</u>  |
| 2. JUSTIFICACIÓN.....  | <u>6</u>  |
| 3. MARCO CONTEXTUAL .....  | <u>6</u>  |
| 4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE. ....   | <u>7</u>  |
| 4.1. EUTANASIA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD. ....  | <u>10</u> |
| 4.2. ALGUNOS AVANCES EN LA REGULACIÓN SOBRE LA EUTANASIA EN<br>AMÉRICA LATINA: EL CASO DE COLOMBIA Y MÉXICO..... | <u>21</u> |
| 5. MARCO CONCEPTUAL.....   | <u>21</u> |
| 6. MARCO LEGAL.....  | <u>23</u> |
| 7. OBJETIVOS.....  | <u>26</u> |
| 7.1. OBJETIVO GENERAL .....  | <u>26</u> |
| 7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | <u>26</u> |
| 8. METODOLOGÍA PROPUESTA.....  | <u>26</u> |
| 8.1. TIPO DE ESTUDIO .....   | <u>26</u> |
| 8.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....   | <u>27</u> |
| 8.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....  | <u>27</u> |
| 8.4. PRESUPUESTO.....  | <u>28</u> |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | <u>29</u> |

## INTRODUCCIÓN

La eutanasia se ha realizado desde todos los tiempos, en unas culturas más que en otras y su uso se ha venido practicando ya más ampliamente en la época contemporánea. La palabra eutanasia viene de dos raíces griegas bien definidas “eu” y “thanatos”, buena y muerte. En la antigua Grecia por ejemplo, ya había sentimientos relacionados con “el buen morir” que supone un fallecimiento acaecido en buenas circunstancias sociales y morales. La finalidad del ser humano era, de acuerdo con ese sentimiento de vida, cuidarse bien y correctamente. La percepción que se tiene alrededor del tema de la eutanasia en la red de salud en Colombia es que hay un desconocimiento amplio del tema y de la norma. Con base en ello se da inicio a la presente investigación que se presenta como requisito para obtener el grado de maestría en Derecho Médico, otorgado por la Universidad Santiago de Cali.

El objetivo general es realizar un análisis de cierto material bibliográfico relacionado con los aspectos históricos, jurídicos, normativos, éticos y morales en torno al procedimiento de la eutanasia en Colombia y en algunos países en los que se aplica. Esto se realizará desde el punto de vista de autores formados en diversas disciplinas académicas. El problema identificado, y en el cual se sustenta la investigación, consiste en que existe un alto nivel de desconocimiento en el sector salud de todo lo concerniente a la eutanasia, conforme a su historia y evolución, lo jurídico y normativo. Se desconoce la situación o estado del arte a nivel internacional, nacional y local; se desconoce, por parte de los profesionales de la salud, qué actitud tomar cuando se llegare a presentar una de estas situaciones en la práctica; particularmente, en cuanto a lo ético y lo moral. En ese sentido, una pregunta que surge de inmediato es: ¿qué decisión debe tomar el médico que se enfrenta a esta situación?

Los objetivos específicos del proyecto son: a) Desglosar el marco normativo vigente en Colombia sobre la eutanasia; b) Identificar los aspectos jurídicos que regulan la realización del procedimiento de la eutanasia en el sector salud, y c) analizar e identificar las jurisprudencias de la Corte Constitucional, desde el año 2010 hasta el 2018.

En este anteproyecto también se desarrolla un marco teórico-conceptual, el cual contiene las teorías, las categorías de análisis, las variables y la hipótesis. Así mismo, se establece la estrategia metodológica que define el tipo de estudio, el método (cualitativo-explicativo) y las técnicas de recolección de datos (la muestra no aplica para esta investigación). Finalmente, se elabora el Plan Operativo, el cual contiene el cronograma y el presupuesto. Con base en todo lo anterior, se ha propuesto abordar este tema que ya ha sido aprobado en Colombia. Se realizará esta investigación a partir del estudio explicativo de las fuentes de información secundarias.

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

El problema identificado, y en el cual se sustenta la investigación, está basado en el poco conocimiento que se tiene sobre la eutanasia en el sector salud, conforme a su historia, evolución y en lo jurídico. Se desconoce, por parte de los profesionales de la salud, qué actitud tomar cuando se llegare a presentar en la práctica.

Es importante resaltar que una persona sana no puede acceder a la eutanasia porque sería ilógico ante la falta de la muerte inminente. Se considera que las personas no deben suministrar asistencia a quien quiere suicidarse, ya que cada individuo hace parte de una red amplia de personas que se afectan por esta decisión. Es preciso pensar que las personas tiene deberes para con su familia, la sociedad y su propio desarrollo. Por el contrario, una persona que sufre de una enfermedad terminal o catastrófica no tiene ya más deberes que cumplir, sencillamente porque se encuentra en incapacidad de hacer algo por sí misma o por los demás. Por lo tanto, es razonable afirmar que tal persona se encuentra justificada para poner fin a su propia vida, por su cuenta o con la ayuda de los demás. Es por esto que, cuando alguien se encuentra ante dos males, tiene que escoger el mal menor; la prolongación de un sufrimiento inútil es un mal mayor que el procurarse una muerte inmediata, la cual, de todas maneras, pronto sobrevendría. De acuerdo con lo expuesto, se plantea el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los aspectos jurídicos en torno al procedimiento de la eutanasia en Colombia, desde el año 2010 hasta el año 2018?

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

En términos de necesidad, es importante que se realice una revisión bibliográfica de los aspectos jurídicos relacionados con la eutanasia en Colombia, solo así es posible orientar a todos a la toma de decisiones acertadas. El problema con el personal médico que en algún momento debe afrontar esta decisión es que desde la fase de estudiantes de las ciencias de la salud, en las diversas universidades, no están recibiendo una formación sustentada para que se familiaricen con este tema. El error surge debido a que estas instituciones educativas tienen como objetivo principal formar a los futuros profesionales de la salud como salvadores de vida, pero poco se habla de la muerte, y hay que aceptarlo, la muerte forma parte esencial del ciclo de la vida.

## **3. MARCO CONTEXTUAL**

Colombia es uno de los cuatro países en el mundo que, junto con Holanda, Bélgica y Luxemburgo, legalizó la eutanasia. Desde el 20 de abril de 2015, cuando fue reglamentada en Colombia, a 36 personas se les ha aplicado la Eutanasia. La preocupación de quienes la defienden como una forma de poner fin al dolor de pacientes terminales y garantizarles así una muerte digna, es que alrededor de 40 personas en todo el país permanecen a la espera de encontrar un médico que les

practique el procedimiento pues quienes laboran con las EPS, declaran objeción de conciencia y se niegan a realizarlo.

A partir de abril de 2015, con la reglamentación de la eutanasia, asegura Carmenza Ochoa, directora de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, los pacientes terminales que piden el procedimiento se están encontrando con dificultades para que se cumpla lo determinado por la Corte Constitucional porque "... su médico tratante hace objeción de conciencia y el Comité de Muerte Digna de la EPS no encuentra, dentro de su equipo, un médico que la haga" (Jules, 2018, p. 2). Fernando Sánchez Torres, ex presidente de la Academia Nacional de Medicina, asegura que "... la objeción de conciencia es un derecho del médico, eso está dentro de su autonomía, de tal manera que no todos los médicos practican la eutanasia y hay que respetarlo" (Jules, 2018, p. 2). Por otro lado, dentro del invisible mundo de las enfermedades raras, una de cada 5.000 personas en Colombia vive con síntomas que muy pocos han experimentado. Algunas de las más comunes, según la Organización Mundial de la Salud, son la porfiria eritropoyética que genera sensibilidad extrema a la luz solar, la melanoma familiar, el autismo hereditario y el Guillain-Barré (Jules, 2018, p. 2). En el mundo existen más de 7.000 tipos registrados de enfermedades raras, en Colombia solo han sido reconocidas 2.100. Así pues, si bien el país ha avanzado en reconocer a las enfermedades raras como un asunto de interés nacional con la Ley 1438 de 2011, Diana Gorrery, representante política de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras, asegura que pacientes, familias y cuidadores siguen enfrentando problemas diarios (Jules, 2018, p. 2). En cuanto a las cifras en Colombia, la dificultad en el diagnóstico hace que sea muy difícil hablar de cifras exactas. Habría que mirar que el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, obligatorio ante las EPS si se padece de una patología de estas. Esta es una apuesta reciente pues anteriormente no existía un registro. Lo que busca es saber cuántos son, dónde están y sobre todo cuánto cuesta la atención de estos pacientes. Se está buscando tener claridad en los cifra y en eso Colombia es pionero a pesar de las barreras y las dificultades (Jules, 2018).

En un aproximado, se dice que hay alrededor de 35.000 personas diagnosticadas y la prevalencia de cada enfermedad es de una persona en 5.000. Sin embargo, es importante aclarar que existe un sub-registro muy alto.

#### **4. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.**

Son extensos los estudios y escritos alrededor del tema de la eutanasia que se han adelantado a nivel mundial y en Colombia, muchos de ellos con énfasis en el marco legal. A continuación, se mencionan algunos, considerados importantes para el desarrollo de esta investigación, pues aportan elementos de sustento teórico en la construcción de la misma.

Uno de estos es *Eutanasia sin ley: ¿hasta cuándo?*, publicado en Bogotá el 16 de septiembre de 2015. Según su autora, en Colombia, el caso de Ovidio González, padre del caricaturista Julio César González, conocido como Matador, que exigió la eutanasia

para poner fin al cáncer terminal que lo aquejaba, fue el primero dado a conocer públicamente a través de los medios de comunicación. Ese suceso fue especialmente debatido y reportado, porque la clínica de Pereira a la que se requirió el procedimiento lo impidió minutos antes de su realización, lo que motivó a la familia del paciente a interponer una tutela, luego de lo cual esa institución médica finalmente lo autorizó. Las quejas de Ovidio y su familia contra los obstáculos que tuvieron que afrontar se basaban en el deseo de terminar con su dolor y sufrimiento por una enfermedad que solo tendía a empeorar.

Otra investigación que aporta elementos para realizar el artículo aquí propuesto es la titulada: *Las normas que le faltan a la eutanasia*. Este estudio fue publicado en 2015, por José Navarro, profesor titular de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, con la colaboración de Jorge Diego Acosta, coordinador del Comité de Regulación en Salud, y Luís Gonzalo Peña, subdirector jurídico de SCARE. Según estos autores, Colombia dio un gran paso al reconocer que la protección de la vida se amplía al concepto de dignidad, por lo que el Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que solicita que le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Además, les debe ofrecer a los enfermos terminales que enfrentan intensos sufrimientos, todas las posibilidades para que sigan viviendo, por lo cual, es su obligación, en particular, brindarles los tratamientos paliativos del dolor. En la actualidad, la Corte Constitucional reconoce la muerte digna como un derecho fundamental. Los cuidados paliativos son todas aquellas terapias que mejoran la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes, con el fin de procurarles una vida y una muerte dignas. Así las cosas, la eutanasia (derivada del griego “eu” bien, “tanatos” muerte o morir) deben ser entendidas como un procedimiento que pretende proteger el derecho a morir dignamente.

En Colombia no debe ser sancionada penalmente si se realiza por un médico y en un paciente adulto, con la voluntad libre de este último y autorizada por un comité interdisciplinario. En caso de faltar algún elemento, la persona será penalmente responsable por homicidio. Pese a que desde 1997, la Corte exhortó al Congreso a regular el tema, han pasado más de dos décadas sin legislar al respecto y no se puede desconocer que en la comunidad y en el gremio médico surgen temas que en su momento planteó la Corte Constitucional y que merecen una regulación expresa. Es importante resaltar que cuando se trate de un mayor incapaz, lo puede solicitar quien esté legitimado, siempre y cuando haya un documento de voluntad anticipada del paciente.

El comité, según la legislación vigente, estará conformado por tres integrantes: un médico con la especialidad de la patología del paciente, diferente al médico tratante (o un médico internista), un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico. Así mismo, se prevé que los profesionales de la salud tengan el derecho a objetar conciencia frente a la eutanasia, ante lo cual, es obligación de las IPS garantizar a quien acepte realizar el procedimiento.

En el artículo titulado *¿Qué dice la legislación colombiana sobre la eutanasia?* también se encuentran temas relevantes para la construcción del artículo. Según Ochoa (2014) es necesario comprender en qué consiste la figura de “homicidio por piedad”, que es como se define la eutanasia en el Código Penal. La muerte asistida de Brittany Maynard en el estado de Oregón, en Estados Unidos, no solo conmocionó al mundo entero sino que reabrió la vieja polémica sobre la aplicación de la eutanasia. Brittany era una paciente de 29 años de edad, que padecía un cáncer cerebral irreversible y progresivo. La mujer conmocionó al mundo cuando grabó un video anunciando que eligió el día para irse dignamente de este mundo. Y así lo hizo el pasado sábado. En Colombia, la decisión de Brittany revivió también la polémica sobre el “homicidio por piedad”, como se define la aplicación de la eutanasia en el Código Penal. Frente a esta conducta el Código Penal establece que quien mate a otro por piedad para ponerle fin a un intenso dolor tendrá una pena menor, de seis meses a tres años. En 1997, una persona demandó ese artículo ante la Corte Constitucional argumentando que como homicidio debería tener la misma pena, es decir, más de diez años. Ante esto, la Corte consideró que era lógico que esa conducta tuviera una pena menor porque se está actuando dentro del criterio de compasión y solidaridad que nos debemos los seres humanos, y que está consagrado en nuestra Constitución. Además, dicha posibilidad está consagrada para los pacientes con una enfermedad terminal que le cause un intenso sufrimiento el cual no se pueda aliviar de otra manera, y sea reclamado por petición del propio paciente. En ese sentido, legalmente, está establecido que debe ser llevado a cabo por un médico, quien no tendría ninguna penalización pues su conducta está justificada.

En Colombia se puede aplicar la eutanasia en la figura del homicidio por piedad teniendo el médico el conocimiento de que puede ser demandado y tiene que demostrarle al juez que llenó todos los requisitos para que no sea condenado. Dichos requisitos son, básicamente, que el paciente tenga una enfermedad en estado terminal que le produzca intenso dolor y sufrimiento el cual no se puede aliviar de otra manera; que otro médico u otros médicos hayan examinado al paciente y hayan llegado al mismo dictamen; que el paciente lo haya pedido de una manera consciente, y que él como médico acepte ayudarlo.

Cuando el paciente se encuentra en estado vegetativo y no puede expresar su voluntad, no se puede aplicar la eutanasia porque, según la Corte Constitucional, el paciente la debe solicitar. A ese paciente que está en estado vegetativo se le tiene que mantener con vida de manera artificial: si ya no puede comer solo se le tiene que dar el alimento por una sonda; si no puede respirar por él mismo, tiene que ser conectado a un respirador artificial; se le tienen que suministrar medicamentos para evitar que la sangre se coagule por la quietud, medicamentos para la digestión, etc. Entonces la familia del paciente y los médicos, pensando en el mejor beneficio para ese paciente pueden, sin ningún efecto legal, suspender esas ayudas artificiales para facilitar que el paciente muera naturalmente. Cuando al paciente le desconectan todas esas ayudas, la naturaleza comienza a obrar y se cumple el pronóstico: el paciente muere, pero de forma natural. Así fue el caso de Ferry Schiavo, en La Florida, Estados Unidos: duró

años en estado terminal y la familia autorizó que no se le volvieran a suministrar alimentos. La paciente murió dos semanas después.

En Colombia, cuando el paciente quiere expresar su voluntad de morir dignamente tiene que demostrar que está en uso de todas sus facultades. Se supone que el médico tratante, y como debe tener la opinión de otros médicos y con ayuda de la familia, es quien certifica esa condición y así lo dejará consagrado en la historia clínica.

En síntesis, se decidió que los conceptos más relevantes en torno a la eutanasia y su despenalización son:

- **Derecho a la vida:** en condiciones de dignidad: “Nada tan cruel como obligar a una persona a subsistir en medio de padecimientos oprobiosos, en nombre de creencias ajenas, así una inmensa mayoría de la población las estime intangibles”.
- **Vida:** en la constitución un derecho y también un valor, lo cual impone deberes al Estado y a los particulares para con ella.
- **Principio de solidaridad social:** respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- **Respeto a la dignidad de la persona humana:** consagra el principio de que no hay delito sin conducta, al establecer que “nadie podrá ser juzgado sino conforme a las leyes preexistentes al acto que se le imputa”.
- **El homicidio por piedad:** según los elementos que el tipo describe, es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro.

#### **4.1. EUTANASIA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y LA RESPONSABILIDAD.**

El acto de provocar la muerte antes de lo esperable, por motivos de compasión y ante un sufrimiento penoso e insoportable, siempre fue motivo de reflexión por parte de la sociedad. Actualmente, dicha discusión se tornó aún más apremiante, al discutirse los derechos individuales, como resultado de una amplia movilización del pensamiento en los sectores organizados de la sociedad y al exigir la ciudadanía más derechos por influencia de las “éticas narrativas”. Además de eso, surgen cada vez más tratamientos y medios de diagnóstico capaces de prolongar la vida de los pacientes descerebrados, lo que pueden llevar a un largo y penoso proceso de muerte. La práctica de la eutanasia podrá bajar el nivel moral de la sociedad y de la convivencia social, obteniéndose como resultado que en una sociedad en que se legalice la eutanasia nadie se encuentre seguro.

La condena de la eutanasia, muerte a pedido o por decisión unilateral del médico, radica en una ley no escrita, pero inscripta en el corazón. La eutanasia, argumentativamente, continuará siendo un problema ético, manteniéndose como desafío y como tarea abierta, en virtud del principio de autonomía. Lamentablemente,

este principio no es analizado por la iglesia ni fundamentado en la teología. De hecho, el pensamiento filosófico articula este principio en la eutanasia, porque la autonomía del enfermo será el auto de definición, que el médico deberá respetar, independientemente de su filosofía y/o religiosidad.

Según Lozano (2001), hay temas que la sociedad debe afrontar si pretende ser justa e incluyente. Al igual que se camina y se corre al dejar el útero, las colectividades no pasaron de darse garrotazos a promulgar los Derechos Humanos de manera espontánea. Algo similar pasa con la implementación de la eutanasia en Colombia: asciende lenta y forzosamente, conservando en su regazo un peso inercial que tiende a devolverla. A pesar de que las valoraciones éticas sobre la eutanasia sean dispares, existe un consenso social mayoritario a favor de no castigarla. Esto se manifiesta tanto en el eco alrededor de la casuística mediática como en la jurisprudencia. Teniendo en cuenta que en la práctica médica esta ya se ejerce y se seguirá ejerciendo, aunque sin el rigor que debiera a su situación jurídica, se ha tildado la renuencia a despenalizarla como un acto hipócrita. A su vez, la clandestinidad del acto, necesaria para evitar el enjuiciamiento, genera situaciones de injusticia y sufrimiento innecesarias tanto para el paciente como para su familia.

Una de las dificultades que afecta el debate es la ambigüedad semántica que acompaña a la historia misma del concepto. Ante ello, se propone aclarar términos, diferenciando eutanasia de suicidio asistido, entre otras. Se trata entonces de entender la situación de Colombia y diferenciarla de la de los demás países de donde se pretende copiar el modelo. Sobre todo, cuando se trata de copiar modelos donde se dio el salto de la despenalización, pues es necesario tener en cuenta cuestiones económicas, sociales y culturales. Además los modelos de legalización disponibles guardan significativas diferencias conceptuales y procedimentales entre sí. En otras palabras, conviene plantear nuestro debate desde la propia realidad pensada.

Es preocupante que las condiciones precarias de vida, la exclusión social y la falta de un entorno afectivo apropiado puedan promover los deseos de muerte de los pacientes terminales. Sin una regulación y ejecución adecuadas, la eutanasia podría convertirse en el único recurso del paciente sufriente para obtener alivio ante los grandes vacíos del sistema de salud y la negligencia del Estado. Sin embargo, también es probable que se presente otra cara de la moneda: que solo reciban la ayuda los privilegiados por su condición socioeconómica y educacional. Por lo tanto, entender la eutanasia como una alternativa válida en los procesos de muerte digna es reconocer la pluralidad moral y la autonomía de nuestros pacientes. Si bien no debe considerarse sustituto de los Cuidados Paliativos (CP), es un integrante más entre las diferentes opciones del final de la vida. Sin embargo, Colombia está aún lejos de ser un escenario apropiado, y es una tarea de todos construirlo. Estado, sociedad y academia deben resolver las falencias en la atención de los pacientes terminales. Ello allegaría justicia y calidad al sistema sanitario.

En el artículo titulado *La eutanasia ayer, hoy y mañana*, realizado por Beristain (1998) se afirma que el morir con dignidad en casos extremos es una cuestión de valores máximos que rebasa el mínimo ético del Derecho penal y supera las cifras que ofrecen las estadísticas. Siguiendo la opinión de numerosos especialistas en medicina, ética y derecho, el autor del presente artículo considera que dicha cuestión exige nuevos planteamientos multidisciplinarios que aboquen a admitir la “eutanasia pasiva” (dejar de poner aquellos medios que retrasan inútil y dolorosamente la muerte de quien decidió - o se supone que desea- no seguir viviendo en estas condiciones). Incluso, dichos planteamientos abogan por la “eutanasia activa” (ayudar a morir con dignidad a un paciente terminal que, por decisión explícita, expresada por escrito en el llamado “testamento vital” o bien oralmente de forma inequívoca ante su propia familia y/o ante los profesionales de la salud que le cuidan, no quiere seguir viviendo en una condición extrema e irreversible) en situaciones límite.

Aunque encuentra obstáculos en el sector de los moralistas tradicionales y en la doctrina vaticana, la eutanasia «activa», en determinados supuestos, se va abriendo camino tanto en las legislaciones como en la práctica. En el ayer, desde hace muchos siglos se viene discutiendo el tema. Merecen especial atención dos casos emblemáticos de posturas extremas: un santo inglés del Renacimiento y el nazismo racista alemán. En su obra clásica *Utopía*, en la que se describe una sociedad ideal regentada por el estamento sacerdotal, propugna Santo Tomás Moro (1478-1535) la eutanasia "activa":

Se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátense de medicinas o de alimentos. Consuelan a los enfermos incurables, visitándoles con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles toda clase de cuidados. Pero, cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente y tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y de las funciones vitales, que está sobreviviendo a su propia muerte y que es una carga para sí mismo y para los demás (...).Y, puesto que, en estas condiciones, la vida es un puro tormento, que no dude en aceptar la muerte (...), en liberarse a sí mismo o permitir que le liberen los otros. Seguir estos consejos será una muestra de sabiduría, ya que la muerte no le apartará de los goces de la vida, sino del suplicio.

Sobre los nazis, en 1920, el penalista Karl Binding y el psiquiatra Alfred Hoche publicaron en Leipzig la obra *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Mass und Ihre Forme* (La autorización para exterminar las vidas inútiles: extensión y forma). Bajo la absurda denominación de *Sterbehilfe* (ayuda para morir), pretenden hacer pasar como eutanasia auténticos asesinatos, o sea, la muerte que se aplica a los, según ellos, parásitos de la sociedad: a los enfermos que ni siquiera conviene hacer vivir más tiempo, pues vegetan indignamente, a los niños subnormales, a los enfermos mentales o incurables, a las personas de razas inferiores, etc. Estas cosmovisiones nazis posibilitaron el exterminio de 200.000 pacientes psiquiátricos y crónicos, así como el holocausto de tantos millones de judíos.

En lo referente a hoy, para conocer mejor la problemática actual del morir con dignidad resulta indispensable conocer qué opinan los médicos. Las investigaciones realizadas al respecto coinciden en afirmar que se ha operado un cambio, tanto en la teoría como en la praxis, en la medicina en general y, en especial, en el problema que nos ocupa. Este cambio conduce, a menudo, a aceptar la muerte digna en supuestos extremos. En los últimos años, muchos médicos (y también algunos capellanes hospitalarios) han superado la opinión adversa o dubitativa acerca de la licitud del morir y ayudar a morir con dignidad. Hoy no están en minoría los que se manifiestan decididamente contra la postura tradicional.

Mirando al futuro, ante las trágicas cuestiones del morir dignamente, cabe legalizar comportamientos que hasta hoy se rechazaban, pues son comportamientos que responden a realidades en otro tiempo inexistentes o desconocidas. La complejidad del tema requiere nuevas investigaciones a la luz de las innovadoras concepciones y/o técnicas médicas, filosóficas, teológicas, morales, sociológicas, jurídicas, etc. Por todo ello, cuando no pocas personas, víctimas de situaciones extremas piden poder ejercer su libertad y su derecho a una culminación digna de su existencia (o que alguien le ayude a ello), el juez o el Comité de ética, antes de contestarles negativamente, deben reflexionar maduramente acerca de las opiniones y razones matizadas actuales que formulan los especialistas desde perspectivas multidisciplinares.

En cuanto a los aspectos teológicos que han dado forma al debate, es importante considerar los aportes del artículo denominado *La eutanasia, entre la ética y la religión*. Según Torres (1998), muchas confesiones religiosas, como la cristiana y la judía, creen que Dios da la vida y por lo tanto, sólo a Él corresponde la potestad de quitarla. En este contexto, la eutanasia sería considerada como rechazo a la soberanía de Dios. Desde otro punto de vista, sin embargo, se califica de injusta la utilización de un argumento religioso para decidir política y públicamente sobre un tema tan trascendental y complejo como éste. La institución que actualmente rechaza y combate a la eutanasia, es la Iglesia católica, la cual ha realizado una serie de declaraciones al respecto a través de la Comisión Permanente Episcopal. Se comprende también que determinados condicionamientos psicológicos, culturales y sociales pueden llevar a realizar acciones que contradicen radicalmente la inclinación innata de cada uno a la vida, atenuando o anulando la responsabilidad subjetiva. Pero no se puede negar la existencia de una batalla jurídica y publicitaria, con el fin de obtener el reconocimiento del llamado “derecho a la muerte digna”, es esta postura pública la que se tiene que enjuiciar y denunciar como equivocada en sí misma y peligrosa para la convivencia social.

Una cosa son la conciencia y las decisiones personales y otra lo que se propone como criterio ético legal para regular las relaciones entre los ciudadanos. La Iglesia católica considera que el aprecio por toda vida humana fue un progreso introducido por el cristianismo, lo que supone que se vive en la actualidad un retroceso. De esta manera, la Iglesia considera a la eutanasia como aquella actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarles sufrimientos, bien a petición de éste, bien por

considerar que su vida carece de calidad mínima para que merezca el calificativo de digna. Esta práctica convertiría a la eutanasia en una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidados debidos.

Actualmente, la eutanasia se transformó en una problemática que conjuga un dilema jurídico y moral. Un dato certero es el que demuestra el aumento, en los últimos años, del número de asociaciones pro-eutanasia, desplegando una intensa actividad divulgativa y reivindicativa a favor del derecho individual de las personas para elegir sobre su propia vida. Diversas asociaciones han luchado contra los que defienden la posibilidad de elegir una muerte digna. Los argumentos que legitiman a estos grupos oscilan entre el respeto a la voluntad divina hasta el miedo a crear lagunas jurídicas que proporcionen impunidad a posibles asesinatos.

Los debates sobre la eutanasia, generalmente, terminan siendo dominados por prejuicios morales, religiosos, emocionales, etc. Sin cuestionar los diferentes puntos de vista, cabría preguntarse: ¿se le puede aplicar la eutanasia o asesoreamiento en su suicidio a un enfermo terminal, que considere que su vida no es razón suficiente para soportar un dolor intratable, la pérdida de dignidad o la pérdida de importantes facultades, y que pide repetidamente ayuda para morir, siendo consciente y sin estar en capacidad de fingir una depresión?

La problemática de la eutanasia conjuga y enfrenta diversos posicionamientos frente a los derechos humanos. En este sentido, numerosas asociaciones pro eutanasia han comenzado una campaña de concientización de la sociedad, para que ésta reconozca el derecho de cada individuo a decidir sobre su propia vida. Por otro lado, otro sector de la sociedad, encabezado por las asociaciones religiosas, se opone drásticamente a la legalización de la eutanasia. En la actualidad, la eutanasia se ha convertido en una ardua batalla de carácter político.

Una postura en contra de la eutanasia es la expuesta por Mechán (2008) en su artículo titulado *La eutanasia no es un acto médico*. Autor Jorge Merchán-Price. Cirujano general, Hospital Pitalito, Huila, Colombia, 2007-2008. En este artículo se exponen argumentos según los cuales el médico está jurídica y éticamente impedido para matar a sus pacientes. Entre otras razones, los médicos no matan a sus pacientes porque "matar" no es un acto médico terapéutico. No restablece la salud y tampoco preserva la vida. Si el Estado quiere la eutanasia y el suicidio asistido, no hay ninguna razón constitucional que impida realizar el acto eutanásico a los familiares de los pacientes enfermos. Son ellos, y no el médico, quienes deben responder ante la sociedad y ante sus propias conciencias por ello. Las posiciones resumidas sobre que los médicos no matan a sus pacientes son:

- Porque la acción de matar no es un acto médico terapéutico.

- Porque según la Asociación Médica Mundial (AMM), "la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética"
- Porque la acción médica decente (entendido aquí "decente" como aquello que es consecuente con su misión) no se puede politizar.
- Porque la misión fundamental y la razón de ser del médico es el respeto por la vida ("biológica") humana
- Porque el médico defiende la vida, no como derecho, sino como valor. Defender la vida como derecho es un deber del Estado y no un deber primario del médico.
- Porque la sociedad misma no se lo permite. Si un paciente cualquiera ingresa al servicio de urgencias por estar mortalmente herido e inconsciente como consecuencia de un acto suicida fallido, y el médico por las razones que expresa la Corte, y además por solidaridad con la intención suicida del paciente, no lo opera y lo deja morir, con seguridad será "linchado" una vez abandone el hospital.
- Porque, aunque la Corte en buena medida "legislando", decreta que el sujeto activo debe ser un médico, los médicos no conocen las condiciones para morir dignamente que, según la Corte, pueden brindarle al sujeto pasivo.

En cuanto a los términos filosóficos de problema, es importante resaltar el trabajo realizado por Lukac (2008), titulado *Sentido y límite de la visión filosófica sobre el dolor y la muerte*. Este artículo la autora expone que el dolor y la muerte son acontecimientos naturales e inevitables en la vida humana. Sin embargo, su consideración varía a lo largo de la historia de la humanidad debido a modificaciones culturales (Lukac, 2008). De este excelente trabajo se destacan algunos puntos:

- En primer lugar, la pérdida de la reverencia frente a la muerte, manifestada tanto en la elusión de la muerte como en su frivolidad, aún más, como contrapartida lógica de la pérdida de la reverencia frente a la vida.
- En segundo lugar, deseo destacar cómo la reflexión filosófica indica que el hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de su condición mortal; por eso la Filosofía puede ayudarle para que encuentre un sentido a la muerte a partir del hecho de reconocer y asumir un sentido en su vida personal.
- En tercer término, muy sugestiva diferenciación entre consumir y consumir. La Filosofía debe ayudar al hombre a distinguir entre el consumir y el consumir, entendiendo a la muerte entonces, no como una vida consumida, acabada, sino como el acto de consumación de la existencia personal.
- En cuarto lugar, la impotencia de la razón filosófica ante el sentido último de la muerte, tanto en la filosofía antigua cuanto en la moderna y contemporánea, porque ese "sentido del sentido" sólo aparece cuando hay una apertura a la Trascendencia y al Ser Absoluto Personal.

- Por último, es pertinente destacar y reflexionar acerca de la interpretación del tiempo de agonía como ocasión para el paciente, el médico, los familiares y amigos para recobrar el rostro humano de la muerte, cada uno desde su perspectiva.

En el ámbito jurídico, Guerra (2013) elaboró una investigación de gran utilidad para comprender el papel del Estado en cuanto a las decisiones sobre la vida que toman algunos pacientes. Esta se titula *Responsabilidad del Estado por la práctica de la eutanasia en Colombia*. Según la autora, el vacío jurídico que existe en Colombia sobre la práctica del homicidio por piedad (eutanasia) fue creado por la sentencia C 239 de 1997 (MP Carlos Gaviria), la cual “despenaliza” la eutanasia, y los artículos 106 y 107 del Código penal que sancionan con prisión la práctica de la eutanasia. En la actualidad, en Colombia no es clara la situación; y además las normas jurídicas, presumen la donación de órganos a partir de las 6 horas de la muerte de la persona. En ese sentido ¿qué es la muerte cerebral?, ¿es diferente a la muerte del cuerpo físico?, ¿es legal ayudar a morir a una persona con “muerte cerebral” para extraer sus órganos?, ¿podría incurrir en prisión quien ayude a morir o a suicidarse a otra persona bajo determinadas circunstancias?

En el campo de la psicología, el artículo denominado *Eutanasia, entre la vida y la muerte ¿quién y qué la decide?* arroja luz sobre algunos de los principales debates psicológicos sobre la eutanasia. Según señala Araque (2014), la eutanasia significa, entre varios aspectos, la inducción de la muerte sin dolor en interés del destinatario y supone una reducción en la duración de la vida de un enfermo terminal. El daño que se infringe al destinatario es la reducción del tiempo de vida; si el enfermo no es terminal entonces no es caso de eutanasia. Esta se fundamenta en el principio de que nadie puede ser cruel con los demás.

La idea más básica de la eutanasia está relacionada con la benevolencia. La vida humana es un valor *prima facie*, pero eso no significa que la vida es siempre el valor supremo. De otro modo, la eutanasia hace referencia a la autoimagen y la imagen del mundo del hombre de hoy; también a la comprensión de la enfermedad y la muerte. Diferentes estudios médicos, sociológicos, psicológicos, jurídicos, han llevado, en la actualidad, a nuevos conocimientos sobre el trato con la muerte y el fallecimiento. Sin embargo, en los tiempos del hombre contemporáneo puede convertirse en un fin del hombre, que de acuerdo con el tipo de enfermedad terminal puede anhelarse la muerte.

La eutanasia está despenalizada desde 2002 en Bélgica, uno de los únicos tres países en Europa, junto con Holanda y Luxemburgo, donde el procedimiento es legal. Por su parte, el pequeño Luxemburgo se convirtió, en febrero de 2008, en el tercer país europeo en aprobar la eutanasia. En este caso se aplica a los pacientes en situación médica "sin salida", a excepción de los menores. La liberalización resultó tan controvertida que exigió una reforma legal para limitar los poderes del Gran Duque, contrario a ratificar la normativa. En Suiza, la eutanasia está prohibida pero se permite

el suicidio asistido; un médico puede proporcionar al enfermo irreversible una dosis letal de medicamento, que deberá tomar el paciente por sus propios medios. La asociación Dignitas se dedica a ayudar a la "buena muerte", lo que ha propiciado un cierto "turismo de la muerte". Holanda fue el primer país europeo en aprobar, en 2001, la eutanasia activa y directa, con la administración de un medicamento que causa la muerte. De acuerdo a su normativa, la eutanasia se puede aplicar sólo en casos de personas que residen de Holanda, cuando el médico está convencido de que la petición del paciente es voluntaria, está bien meditada y ha sido expresada en forma explícita. Otro de los requisitos es que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora de la enfermedad que padece la persona. También que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro y siempre debe haber una segunda opinión de un médico, quien debe comprobar el cumplimiento de las anteriores exigencias.

En otros países europeos como Noruega, Dinamarca, Alemania o Austria, entre otros, rige un modelo similar al de España, en el que el paciente goza de autonomía para rechazar, él mismo o a través de su familia, determinados tratamientos aunque pueda conducirle a la muerte. Italia tiene reconocido en la Constitución el derecho a rechazar un tratamiento y Francia mantiene abierto un debate recurrente sobre la muerte digna y los límites de prácticas como la eutanasia o el suicidio asistido, aunque ambas siguen prohibidas.

En Estados Unidos, tres estados: Washington, Oregón y Montana permiten el suicidio asistido. Los médicos pueden allí prescribir drogas a pacientes terminales con una expectativa de vida no mayor de seis meses, para que ellos mismos se las administren. En Argentina se aprobó la ley de "muerte digna", en 2012, que les permite a los pacientes con enfermedades terminales el derecho de rechazar procedimientos para prolongar artificialmente sus vidas en caso de sufrimiento. En México, desde 2008, existe la normativa para "bien morir" que se aplica para personas desahuciadas que viven en la capital. Aquí los pacientes piden dejar de recibir asistencia médica para no prolongar sus vidas. En Colombia hace más de una década la Corte Constitucional despenalizó la práctica que estaba considerada como homicidio por piedad y ordenó al Congreso de la República formular una ley que la regule, esto aún no se ha hecho.

En el país, solo se cuenta con la Resolución 1216 de 2015 firmada por el Ministro de Salud Alejandro Gaviria Uribe, que reglamentó la conformación de los comités de científicos-interdisciplinarios para el derecho a morir con dignidad en instituciones de salud. En cuanto al Código de Bioética en Colombia se dice que este tuvo advenimiento por parte del norteamericano Van Reenseelaer Potter, profesor de Oncología de la Universidad de Wisconsin, quien planteó como una necesidad ética el análisis de los procesos acelerados de la medicina y, en general, de las ciencias biológicas. Nació como la búsqueda interdisciplinaria de valores morales y normas éticas que orientan a investigadores y gobernantes en la humanización de la biomedicina.

En la introducción de la Encyclopedia of Bioethics se define la bioética como un estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de valores y principios morales, es decir, estudia la moralidad de la conducta humana en el área de ciencias de la vida. La bioética incluye la ética médica pero no se limita a ella, va más allá de los problemas relacionados con los valores que surgen de la relación médico-paciente; es decir, se ocupa de los diversos problemas éticos de las ciencias de la vida que no son ante todo médicos. Según Francisco Abril, bioética es el estudio interdisciplinario de los problemas creados por el progreso biomédico, sea en el ámbito de la relación individual, institucional, interinstitucional o de estructura social y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores.(Abril) Esto presupone una preocupación sistemática para comprender el conjunto de condiciones necesarias para realizar un servicio responsable a la vida y a la vida humana, lo cual implica la aceptación de la responsabilidad de proteger la vida en un mundo caracterizado cada vez más por el desarrollo acelerado y complejo de las ciencias biomédicas.

Otros conceptos, como *bioderecho*, del que se afirma que su primer uso fue en el concepto *biojurídica* y se le debe a José María Martínez Val, quien lo utiliza por primera vez en 1986. Se debe aclarar que dentro del contexto español se utilizó con mayor frecuencia el término de biojurídica y que dentro del contexto americano se habló más de bioderecho, pero que en este caso se asume como sinónimos; posterior a Martínez Val se encuentra la siguiente referencia en el uso del concepto.

Posteriormente, hacia 1987 (aproximadamente), nace el bioderecho, presumiblemente en la Universidad Complutense, en Madrid (España). El bioderecho nace como una preocupación, particularmente de algunos sectores interesados en ponerle límites a las investigaciones científicas sobre seres y sistemas vivos, a partir de la normatividad jurídica, En muchas ocasiones, se trata de personas con conceptos religiosos claros que abordan la bioética como un campo eminentemente ético (Maldonado, 2007).

Debería decirse del concepto de bioderecho, en aras de su definición, que guarda una gran afinidad con la bioética, el derecho y la justicia. Se trata, simplificada, del estudio de los aspectos jurídicos de las mismas temáticas abordadas por la bioética, por ejemplo: el comienzo de la persona humana; hay persona desde el momento de la concepción o solo se puede hablar de persona en el momento del nacimiento; la protección de la dignidad personal frente al avance tecnológico y biomédico como en el caso de los pacientes en unidades de cuidados intensivos; la procreación asistida, lo mismo que la inseminación artificial o el alquiler de vientre; la relación sanitaria; el morir humano como elección individual, etc. Por otro lado, el bioderecho, en otras ocasiones, remite a cuestiones relacionadas con la legislación referente a cuestiones biológicas vegetales, animales o humanas, y tiene en muchos casos una perspectiva más comercial, relacionada con la biotecnología y las patentes que se producen en este campo.

En la investigación titulada *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica* se pueden localizar algunas conclusiones que sirven como argumentos para revisar en la realización del artículo. (Nombela et al, 2008). En esta se entiende que el auxilio al suicidio y la eutanasia representan atentados contra la vida humana y son reprobables ética y jurídicamente. También es rechazable la obstinación terapéutica, o el privar a cualquier persona del derecho a asumir lo más serenamente posible su proceso de muerte. Frente a esto, ante un enfermo terminal, con dolor físico y/o sufrimiento moral, lo más justo y humano es acompañarle, administrarle tratamientos proporcionados y paliar sus dolores, respetando siempre tanto la vida como la muerte.

El testamento vital, como forma de asegurar el respeto a la autonomía de la persona, está regulado jurídicamente, y debe de conciliar la atención a las previsiones y preferencias del otorgante, con la garantía de la legalidad, así como con las exigencias de la *lex artis* y los derechos y deberes de los profesionales de la salud.

Los cuidados paliativos, con una atención integral al enfermo terminal, deben incluir los aspectos físicos, morales y espirituales de éste y respetar su derecho a asumir su proceso de muerte. Estas conductas representan la actuación éticamente correcta, compatible con una ordenada concepción de la dignidad del morir. Una consideración ética de la muerte, a la medida de la dignidad de la persona, reconocerá el valor indisponible de cualquier vida humana y rechazará el argumento ideológico que lleva a considerar unas vidas como dignas y otras no. Sobre esta base, se promueve la inviolable dignidad de la persona humana, la defensa de los derechos que le son inherentes, desde la objetiva y prudente consideración de la realidad y sentido de la vida y de la muerte.

En cuanto a los cuidados paliativos es importante revisar las conclusiones de la investigación denominada *Desconocimiento y desidia ante los cuidados paliativos, la paradoja que esconde la eutanasia*. En esta se indica que, en Francia, los ciudadanos ven en los cuidados paliativos un factor clave ante el sufrimiento, aunque dos de cada tres denuncian mala información. También señala que, expertos médicos de los países donde la eutanasia es legal, subrayan que respetar la vida humana está al alcance, pero falta disposición. Según el autor, tras vaciar de contenido jurídico el matrimonio y provocar una rebelión cívica sin precedentes en Francia en defensa de esta institución fundamental, François Hollande volvió a abrir la caja de los truenos menospreciando otro derecho fundamental, la vida, avalando un proyecto de ley para abrir las puertas a la eutanasia en el país apenas seis meses de llegar al Palacio del Elíseo. Ocultando el término "eutanasia", la propuesta que ya recogía en su programa electoral el líder socialista se esconde en términos amables sobre "el deseo de aliviar el sufrimiento físico o mental a personas mayores en fase avanzada o terminal de una enfermedad incurable", para garantizarles "el beneficio de una asistencia médica para terminar su vida con dignidad". Una norma por ende innecesaria si esas fueran las auténticas intenciones, ya que Francia disponía, ya desde 2005, una ley que prohíbe el encarnizamiento terapéutico y prevé el derecho a "dejar morir". Dicho texto hace hincapié en el tratamiento paliativo y autoriza a los médicos a administrar medicamentos contra el dolor incluso cuando éstos tienen por "efecto secundario

acortar la vida". Pero esta ley es "poco conocida y mal aplicada", como ha lamentado públicamente su propio promotor, el cardiólogo y diputado conservador Jean Leonetti, que se opone al suicidio asistido. Según una encuesta de Ipsos dos de cada tres franceses se sienten mal informados acerca de lo que son los cuidados paliativos. Y más: la encuesta revela un fuerte aumento del número de franceses que creen que las estructuras de cuidados paliativos son necesarias para dar respuesta al sufrimiento de los gravemente enfermos o en riesgo de morir, y que uno de cada dos franceses (53 %) también está convencido de que cualquier persona tiene acceso a los cuidados paliativos".

Aunque en teoría cualquier persona que puede tener acceso a los cuidados paliativos, según lo dispuesto por la ley Léonetti sobre el final de la vida "esta posibilidad [...] en realidad no existe en ninguna parte. El doctor Francis Charhon, anestesiólogo y director de la Fondation de France, subraya que la atención paliativa puede no solo aliviar el dolor físico, sino también tener en cuenta las condiciones de vida que rodean al enfermo con el fin de apaciguar los sufrimientos mentales, preservando la dignidad del paciente. El doctor Sarah Dauchy, jefe de la atención de apoyo del Institut Gustave-Roussy (Villejuif) señala que si bien la información en cuidados paliativos existe, llega un momento en que no disponemos de ella para hacer frente al miedo a la muerte.

La doctora Veronique Blanchet, médico especialista del dolor en la práctica privada y un miembro del equipo, *Dolor y Cuidados Paliativos en el hospital Saint-Antoine*, afirma, por su parte, que domina la idea de que hay que deshacerse de los que van a morir, así como el deseo de alguna guía para acelerar los momentos finales. Además, un reciente estudio nacional sobre el final de la vida en EHPAD (siglas bajo las que se conocen las residencias de dependientes por motivos de edad avanzada) llevado a cabo por el Observatoire National de la Fin de Vie (Observatorio Nacional del Fin de Vida) muestra que los cuidados paliativos no están completamente desarrollados. De hecho, las casas no están siempre preparadas para como una residencia hacia final de la vida, eso sería una solución ideal, especialmente si se permitiera el acompañamiento de los familiares, por ejemplo, pasando una noche si lo desean. Además, se señala, " el 25% de los hogares de ancianos no tienen relación alguna con los equipos de cuidados paliativos. Finalmente, el hecho de que sólo el 14% de los hogares de ancianos disponen de una enfermera de noche, lo que según este informe constituye también un obstáculo importante para que el anciano pueda afrontar el fin de su vida de forma serena.

Dentro de la profesión, la realidad es también que la despenalización de la eutanasia está lejos de ser un tema prioritario. Esta impresión era corroborada en una extensa tesis doctoral presentada dentro de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza. Cuanto más cerca está el médico de la atención al paciente terminal menos partidario es del suicidio asistido. Lo que preocupa a oncólogos y paliativistas es que se aprueba una ley nacional de cuidados paliativos que asegure el acceso a esa asistencia. Los profesionales que trabajan con enfermos terminales conocen esta problemática, como se puso de manifiesto en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, donde se incidió que en el tratamiento

del enfermo terminal la dimensión afectiva cobra una importancia capital. Si una regulación preocupa a los paliativistas, ésta no es la de despenalizar la eutanasia, sino la aprobación de una ley nacional que asegure el acceso a unos cuidados de calidad en toda España y la profesionalización de los médicos que atiendan en paliativos. Porque, como han resumido los profesionales, "donde hay un buen programa de cuidados paliativos, la demanda de eutanasia es una anécdota".

#### **4.2. ALGUNOS AVANCES EN LA REGULACIÓN SOBRE LA EUTANASIA EN AMÉRICA LATINA: EL CASO DE COLOMBIA Y MÉXICO.**

En Colombia la eutanasia está despenalizada pero no legislada correctamente, lo que ha provocado más confusiones sobre el tema. Fue el primer país en tocar el tema y llevarlo hasta esa instancia, sin embargo, se ha dado un estancamiento en determinar las leyes que permitirían realizar esta práctica con criterios claros, en la que interacción médico-paciente al momento de tomarse la decisión beneficie al paciente en cuanto a su deseo verdadero, pero que no perjudique al médico en cuanto a consecuencias legales. Si se compara el caso colombiano con el de otros países se tiene que en el caso de Australia se despenalizó, se derogó la ley, y luego se legalizó nuevamente; esto tomó 5 años, entre 1997 y 2002; Holanda, Bélgica y Luxemburgo la tienen totalmente regulada y abierta únicos en el mundo, porqué otros que fueron posteriores a Colombia en la despenalización ya han avanzado tanto y el país sigue rezagado, en ello influye la Iglesia Católica, la falta de avances en cuidados paliativos, y las iniciativas legales que se han presentado al Congreso de la República no han prosperado, hace falta avanzar y dejar organizado el tema y su práctica, de lo contrario se puede caer en la misma situación de Australia, derogar la ley de despenalización.

### **5. MARCO CONCEPTUAL**

**Cacotanasia:** este término etimológicamente procede del griego «κακος» (kakos) malo y «θανατος» (thanatos) que significa muerte. Sustantivo femenino. Esta palabra de uso obsoleto y que no aparece asentado en la RAE, (en medicina) se refiere a una muerte congajosa y sin desconsuelo, tormento o sufrimiento físico contrapuesto a la eutanasia.

**Distanasia:** También es conocida como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico, pues no tiene en cuenta los sufrimientos del moribundo) es el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación. Es, por tanto, lo contrario a la eutanasia.

**Enfermedad incurable:** son aquellas para las que la medicina actual no tiene soluciones, causa desconocida o cuyos tratamientos no logran los resultados esperados. Actualmente, existen muchísimas enfermedades que aun con los conocimientos y tecnologías adquiridos hasta el momento, no es posible encontrarles una cura.

**Enfermedad terminal:** enfermedad avanzada, progresiva e incurable. Falta de posibilidades de respuesta al tratamiento específico con pronóstico de vida inferior a seis meses.

**Eugenesia:** del latín eu, lo bueno, y génesis, nacimiento. Es una forma de selección humana de los “mejores” a expensas de terminar con los enfermos, los feos o los que por alguna razón no se consideran aceptables en el rango de excelencia y belleza de la raza humana. Ampliamente practicada en la antigua Grecia, en donde a los niños que nacían con algún defecto o discapacidad se les despeñaba para no tener que soportarlos en el futuro como una carga al Estado (Guerra, 2013). En sentido restrictivo la eugenesia es una disciplina que busca aplicar las leyes biológicas de la herencia para perfeccionar la especie humana. Supone una intervención en los rasgos hereditarios para ayudar al nacimiento de personas más sanas y con mayor inteligencia. (Serrano, 2001).

**Eutanasia:** Del latín eu, lo bueno, y thanatos, muerte. Es la buena muerte. Se puede definir como la acción u omisión, por parte del médico u otra persona, que tiene la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor. (Postigo y otros, 2006).

**Eutanasia activa:** la que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente. Por ejemplo, con la aplicación de una inyección letal. (Serrano, 2001).

**Eutanasia pasiva:** es de las más comunes, consiste en el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y son proporcionados. La expresión eutanasia pasiva se utiliza en ocasiones indebidamente, para referirse a una práctica médica correcta, de omisión de tratamientos desproporcionados o fútiles respecto al resultado que se va a obtener. (Vila Coro, 2007). En este caso no estaríamos ante una eutanasia pasiva sino ante la correcta limitación del esfuerzo terapéutico o limitación de terapias fútiles, que es conforme con la bioética y la deontología médica, y respeta el derecho del paciente a la autonomía para decidir y a la renuncia al tratamiento. (Cantero. 2006).

**Eutanasia activa indirecta:** aquella en que la muerte se obtiene indirectamente mediante la utilización de un analgésico que tenga efectos colaterales y comprometa alguna función vital, que sería el caso de suministrar algún analgésico para calmar algún dolor y que como efecto colateral este produzca la muerte de la persona. En estos casos se aplica el argumento del "doble efecto" que consiste en que la aplicación de un tratamiento o el suministro de un medicamento puede tener dos efectos en el caso de los enfermos terminales: Por un lado, evita un mayor sufrimiento para la persona y, por otro, puede acortar su vida.

**Eutanasia involuntaria:** (También conocida como cacotanasia, del latín kakos, que significa lo malo, presupone una “mala muerte” por oposición a la eutanasia, buena muerte). Es la eutanasia coactiva que se practica contra la voluntad del paciente, el cual manifiesta su deseo expreso de no morir. (Conferencia Episcopal Española, 1993).

**Eutanasia no voluntaria:** La que se practica no constando el consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de niños y

pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado. (Tomás y Garrido, 2007).

**Muerte digna:** También conocida como ortotanasia, es el concepto que permite designar el derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se halla en un estado de salud terminal, de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos, ya sean: quirúrgicos invasivos, de hidratación, de alimentación y hasta de reanimación por vía artificial, por resultar los mismos extraordinarios y desproporcionados en relación a la perspectiva de mejora y por generarle al paciente aún más dolor y padecimiento.

**Suicidio asistido:** El suicidio asistido es, tal como su nombre lo indica, la decisión personal de terminar con su propia vida y para lo cual requieren de asistencia. Asistencia que en la actualidad y en los países y estados donde se ha legalizado, se limita a la prescripción de un medicamento letal y/o a facilitar el medicamento a la persona que ha decidido suicidarse. El suicidio es un impulso personal de muerte y por lo tanto, quien recurre al suicidio asistido será quien realice la última acción, es decir se auto-administrará el medicamento letal.

## 6. MARCO LEGAL

En la Sentencia C-239 de 1997 de la Corte Constitucional se expresa que:

El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico.

Hay que recordar que esta Sentencia despenalizó la eutanasia en determinadas circunstancias y exhortó al Congreso, con el fin de que “en el tiempo más breve posible”, regulara la muerte digna. Ya transcurrieron dos décadas y no existe una ley estatutaria que haya atendido ese cometido. En sus palabras,

Es necesario que se establezcan regulaciones legales muy estrictas sobre la manera como debe prestarse el consentimiento y la ayuda a morir..., las cuales deben estar destinadas a asegurar que el consentimiento sea genuino y no el efecto de una depresión momentánea (Sentencia C-239 de 1997).

Además de indicar los aspectos que debería incluir dicha regulación, el alto tribunal reivindicó la búsqueda de la seguridad jurídica, por lo que asignó esa labor al legislador.

En la Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional se expresa que:

El derecho a morir dignamente es un derecho fundamental. Esta garantía se compone de dos aspectos básicos: por un lado, la dignidad humana y por otro, la autonomía individual. En efecto, la dignidad humana es presupuesto esencial del ser humano que le permite razonar sobre lo que es correcto o no, pero también es indispensable para el goce del derecho a la vida. El derecho a morir dignamente es un derecho autónomo, independiente pero relacionado con la vida y otros derechos. No es posible considerar la muerte digna como un componente del derecho a la autonomía, así como tampoco es dable entenderlo como una parte del derecho a la vida. Sencillamente, se trata de un derecho fundamental complejo y autónomo que goza de todas las características y atributos de las demás garantías constitucionales de esa categoría. Es un derecho complejo pues depende de circunstancias muy particulares para constatarlo y autónomo en tanto su vulneración no es una medida de otros derechos. (Sentencia T-970 de 2014)

Con base en estos apartes y otros de la sentencia se dio origen a la Resolución 1216 de 2015 que sintetiza que en este país sí es legal la eutanasia por el derecho a morir dignamente. En ese sentido, en la Sentencia T-970, la corporación verificó la ausencia de dicha ley y se preguntó si esto impide practicar la eutanasia y, adicionalmente, si la voluntad del legislador es indispensable para que los derechos fundamentales tengan fuerza normativa. Su respuesta fue negativa. A juicio de la Corte, la Carta Política tiene aplicación directa en los casos concretos y, en todo caso, la efectividad de los derechos no depende exclusivamente del Legislativo. A pesar de ello, reiteró el exhorto al Congreso y ordenó al Minsalud emitir una directriz sobre tales comités interdisciplinarios y sugerir un protocolo médico para realizar los procedimientos correspondientes. El resultado fue la Resolución 1216, demandada mediante acción de nulidad al poco tiempo de su expedición. El hecho es que en torno a la discusión con la expedición de la Resolución 1216 de 2015 Colombia dio un gran paso al reconocer que la protección de la vida se amplía al concepto de dignidad; así las cosas, la eutanasia (derivada del griego “eu” bien, “tanatos” muerte o morir) debe ser entendida como un procedimiento que pretende proteger el derecho a morir dignamente.

En Colombia no debe ser sancionada penalmente si se realiza por un médico y en un paciente adulto, con la voluntad libre de este último y autorizada por un comité interdisciplinario. En caso de faltar algún elemento, la persona será penalmente responsable por homicidio. Ahora bien, la investigación que se plasmará en un artículo publicable, es importante porque ya hay un marco jurídico existente que lo conforma la Sentencia T-970 de 2014 de la Corte Constitucional que ordenó al Ministerio de Salud y la Protección Social emitir una directriz y se expidió entonces la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud, pero se concluye de parte de los expertos que a partir de allí surgen varios temas que seguramente contribuirán a fortalecer la discusión y, en

últimas, apoyarán la construcción del marco normativo que se espera se profiera, pero para esto es de vital importancia determinar los aspectos jurídicos, normativos, éticos y morales en torno al procedimiento de la eutanasia en Colombia en el año 2018.

La Ley 1733 de 2015 regula lo relacionado con el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, e incorpora las definiciones de estos conceptos. La Corte Constitucional reconoce el derecho que tienen los pacientes que se encuentren en una fase terminal a suscribir documentos de voluntad anticipada, es decir, a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente. La Sentencia C237 de 1997 advierte que “... en el caso de los enfermos terminales en que concurra la voluntad libre del sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada” (Sentencia C237 de 1997). Esto es, que pese a existir una conducta sancionada penalmente se presentan eventos en los que el homicidio por piedad puede estar justificado y, por lo mismo, el médico que lo realiza no debe ser sancionado penalmente.

La Corte Constitucional, mediante la Sentencia T970 de 2014, ordenó al Ministerio de Salud emitir una directriz y disponer de lo necesario para que los prestadores del servicio de salud conformen un comité interdisciplinario, con el propósito de garantizar que el consentimiento sea libre, informado e inequívoco. Se expidió entonces la Resolución 1216 de 2015 del Ministerio de Salud, que ordena la conformación de estos comités por las IPS y el establecimiento de sus funciones, para garantizar el derecho a morir dignamente. Además, reconoce que los pacientes tienen derecho a recibir cuidados paliativos.

La eutanasia en el tema jurídico está fundamentada en la vida como valor constitucional en el artículo 11 de la Constitución Política de Colombia; la sentencia C239 de 1997, donde se describe lo que es el homicidio por piedad de la siguiente manera resumida

El homicidio por piedad, según los elementos que el tipo describe, es la acción de quien obra por la motivación específica de poner fin a los intensos sufrimientos de otro. Doctrinariamente se le ha denominado homicidio pietístico o eutanásico. Por tanto, quien mata con un interés distinto, como el económico, no puede ser sancionado conforme a este tipo. Se confunde los conceptos de homicidio eutanásico y homicidio eugenésico; en el primero la motivación consiste en ayudar a otro a morir dignamente (Sentencia C239 de 1997)

Más allá de esto, en la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional se ordena al Ministerio de Salud que en el término de 30 días, contados a partir de la comunicación de dicha providencia, emita una directriz y disponga todo lo necesario para que los Hospitales, Clínicas, IPS, EPS y, en general, prestadores del servicio de salud, conformen el comité interdisciplinario del que trata esta sentencia y cumplan con

las obligaciones emitidas en esta decisión. De igual manera, el Ministerio deberá sugerir a los médicos un protocolo médico que será discutido por expertos de distintas disciplinas y que servirá como referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir dignamente; la Resolución 1216 de 2015 por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la Sentencia T-970 de 2014 en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1. OBJETIVO GENERAL**

- Analizar aspectos jurídicos en torno al procedimiento de la eutanasia en Colombia.

### **7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desglosar el marco jurídico existente en Colombia sobre la eutanasia.
- Analizar los aspectos jurídicos existentes para realizar el procedimiento de la eutanasia en el sector salud.
- Analizar e identificar las jurisprudencias de la Corte Constitucional desde el año 2010 hasta 2018.

## **8. METODOLOGÍA PROPUESTA**

### **8.1. TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio es cualitativo porque recoge información basada en la observación de comportamientos naturales, lectura y análisis de textos, base de datos, bibliotecas, revistas, libros discursos, respuestas abiertas, análisis, jurisprudencia y normatividad, diversas publicaciones para la posterior interpretación de significados. La investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural. Además, también es explicativo porque se busca encontrar las causas que ocasionan ciertos fenómenos. Su objetivo último es explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste. “Está orientados a la comprobación de hipótesis causales de tercer grado; esto es, identificación y análisis de las causales (variables independientes) y sus resultados, los que se expresan en hechos verificables (variables dependientes). Los estudios de este tipo implican esfuerzos del investigador y una gran capacidad de análisis, síntesis e interpretación. Asimismo, debe señalar las razones por las cuales el estudio puede



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|   | posición de diversos autores sobre la eutanasia desde lo ético.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 6 | Hacer las conclusiones y recomendaciones médicas desde una perspectiva personal que involucre lo jurídico, lo normativo, lo ético y lo moral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 7 | Elaborar el informe final  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 8 | Socializar los resultados de la investigación  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

#### 8.4. PRESUPUESTO

| DESCRIPCIÓN  | VALOR              |
|--------------|--------------------|
| Transportes  | \$250.000          |
| Papelería    | \$150.000          |
| Internet     | \$150.000          |
| Refrigerio   | \$250.000          |
| Impresión    | \$270.000          |
| Grabadora    | \$350.000          |
| <b>TOTAL</b> | <b>\$1.270.000</b> |

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beristain, S.J. Antonio (1998). *La eutanasia ayer, hoy y mañana*. Tomado de la revista *Selecciones de Teología*, Vol 37, No. 148, p. 283-296.
- Cubides, A. (2015). *Eutanasia sin ley: ¿hasta cuándo?* publicado en Bogotá el 16 de septiembre de 2015. Bogotá.
- Guerra García, Yolanda M. (2013). *Responsabilidad del estado por la práctica de la eutanasia en Colombia*. Disponible en *Revista Principia Iuris* 19. Universidad Santo Tomás, Tunja.
- Hazteoir.Org. (2013). *Desconocimiento y desidia ante los cuidados paliativos, la paradoja que esconde la eutanasia*. Francia.
- Lozano Villegas, G. (2001). *La eutanasia activa en Colombia: Algunas reflexiones sobre jurisprudencia constitucional*.
- Lukac de Stier, María L. (2008). *Sentido y límite de la visión filosófica sobre el dolor y la muerte*. Año 9, N° 2
- Merchán-Price, Jorge (2007-2008). *La eutanasia no es un acto médico*. Pitalito, Huila.
- Navarro, J.R. (2015). *Las normas que le faltan a la eutanasia*. Bogotá. Disponible en: Un periódico de la Universidad Nacional N° 191.
- Nombela Cano, C., López Timoneda, F., y otros (2008). *La eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica*. Madrid, España.
- Ochoa, C. (2014). *¿Qué dice la legislación colombiana sobre la eutanasia?* Cali. Disponible en [elpais.com.co](http://elpais.com.co).
- Torres Queiruga, Andrés (1998). *La eutanasia, entre la ética y la religión*. Tomado de la revista *Selecciones de Teología*, Vol 37, No. 148, 1998, pp. 297-307.



DIRECCIÓN GENERAL  
DE INVESTIGACIONES

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACIONES

**COMISION CENTRAL DE INVESTIGACIONES – COCEIN**

Acta No. 5 del 5 de abril de 2016

---